

Legislación argentina en salud mental: convergencias y divergencias en torno a las reformas en salud mental¹

ROSENDO, ERNESTINA²

Instituto de Investigación de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador

Resumen

El artículo analiza el contenido de la legislación existente en salud mental en Argentina; se identifican las convergencias y divergencias en torno a los elementos centrales de las reformas propuestas. Hasta la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Nº 26.657/2010), la Argentina se caracterizó por la coexistencia heterogénea de algunas pocas jurisdicciones con legislación y algunas otras con proyectos legislativos. De todos modos, la aplicación de las reformas que plantea la ley Nº 26.657 enfrenta tanto a una diversidad de líneas comprendidas en las legislaciones provinciales como la resistencia y oposición de grupos diversos con intereses en pugna.

En términos metodológicos, se trata de un estudio cualitativo con fuentes primarias (entrevistas en profundidad a diversos actores implicados en el campo de la salud mental) y secundarias (legislaciones y otros documentos) de información; se recogen también experiencias investigativas previas de la autora en la Ciudad de Buenos Aires y en la Provincia de Santa Fe.

El análisis de las legislaciones provinciales en salud mental evidencia dos cuestiones centrales. Primero, la divergencia en la orientación que cada ley asume; distinguimos las que explicitan la desmanicomialización (por ejemplo, Río Negro, CABA, Entre Ríos) y las que no (Salta, Santa Fe, San Juan, Chubut, San Luis y Córdoba). No obstante, independientemente de la orientación “desmanicomializadora”, en general se formulan similares estrategias (creación de dispositivos alternativos, refuerzo de estrategias

¹ Los resultados contenidos en el presente artículo corresponden a una investigación financiada por el Instituto de Investigación de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, entre los años 2009-2013.

² Instituto de Investigación de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. M. T. de Alvear 1314, 1º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1058). Tel/Fax: 4813-3400. E mail: ernestina.rosendo@salvador.edu.ar

ambulatorias, internación en hospitales generales, entre otras), objetivos y derechos de usuarios. Segundo, el eje prioritario en todas las legislaciones pareciera estar definido por la regulación de una internación psiquiátrica *razonable*, en tanto: 1. medida excepcional y transitoria; 2. que restrinja sólo lo indispensable la libertad de la persona; 3. que evite el alejamiento del núcleo familiar y comunitario del paciente.

Palabras clave

salud mental, legislación, Políticas, Reformas

English Title

Necesitamos título en inglés de ser posible

Abstract

The article analyses the content of mental health's legislation in Argentina; identify convergences and divergences around the core elements of the proposed reforms. Until the enactment of the national law on Mental Health (N° 26.657/2010), the Argentina was marked by the heterogeneous coexistence of some few jurisdictions with legislation and some other legislative projects. Anyway, the implementation of the reforms posed by the law N° 26.657 faces both a diversity of lines included in laws provincial as resistance and opposition from groups with competing interests.

In methodological terms, it is a qualitative study with primary sources (interviews in depth with various actors involved in the field of mental health) and secondary (legislation and other documents) of information; also includes previous investigative experiences of the author in the city of Buenos Aires and in the province of Santa Fe.

The analysis of provincial legislation on mental health shows two central questions. First, the divergence in the orientation assumed by every law; We distinguish which explains the close of psychiatrics Hospitals (for example, Rio Negro, CABA, Entre Ríos) and those that do not (Salta, Santa Fe, San Juan, Chubut, San Luis and Córdoba). However, regardless of the orientation that every law assumes, in general are formulated similar strategies

(creation of alternative devices, reinforcement of strategies outpatient, inpatient in general hospitals, among others), objectives and rights of users. Second, the priority in all legislation appears to be defined by regulation a *reasonable*, in both psychiatric hospitalizations: 1. measure exceptional and transitory; 2. to restrict only the indispensable freedom of the person; 3. to avoid the removal of the family and community nucleus of the patient.

Key words

Mental Health, Legislation, Policy, Reform

Introducción

El campo de la salud mental se ha caracterizado en las últimas dos décadas por una impronta que ha dejado una serie de discursos e instrumentos legislativos que exhortan a los países miembros de los principales organismos internacionales en materia de salud (por ejemplo, OPS/OMS), a realizar reformas sustantivas en las políticas y organización de los sistemas de atención para las problemáticas en salud mental. Entre las recomendaciones podemos vislumbrar –al menos- dos componentes esenciales: por una parte, un cambio de paradigma en la organización de la atención, que promueve el abordaje comunitario en detrimento de las internaciones en instituciones monovalentes; por otro lado, el énfasis en el reconocimiento y defensa de los derechos humanos y civiles de las personas con sufrimiento psíquico.

En esta dirección, entre los principales documentos y declaraciones encontramos: la Declaración de Caracas (1990), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (ONU, 1991), la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas (conocida como Principios de Brasilia, 2005), y el Consenso de Panamá (2010).

En la Argentina, a partir (y como consecuencia) de la última recuperación democrática en la década del '80 se retomó la discusión sobre las reformas de los servicios de atención en

salud mental y la producción de leyes que las avalaran. Desde la década del '90 hasta la actualidad fueron surgiendo una serie de legislaciones provinciales y nacionales que buscaron orientar la organización de los servicios de salud desde la priorización del Primer Nivel de Atención y desde una base de tipo comunitario, buscando reformar o, en algunos casos, eliminar el hospital neuropsiquiátrico, reemplazándolo progresivamente por dispositivos ambulatorios e internación en hospitales generales. En este contexto, las provincias de Santa Fe y de Río Negro fueron las precursoras de legislaciones específicas en salud mental y transformación de la organización del sistema de atención.

La sanción de la Ley nacional de salud mental N° 26.657 a fines del año 2010 constituye un importante avance en materia regulatoria en el campo de la salud mental argentino. Hasta entonces, la situación legislativa en nuestro país se ha caracterizado por la coexistencia heterogénea de algunas pocas jurisdicciones con legislación, algunas otras con proyectos legislativos y una gran parte de las provincias sin ningún tipo de regulación jurisdiccional específica. En igual sentido, la Ley N° 26.657 permitiría superar algunas contradicciones en materia legislativa referentes al ejercicio de las profesiones vinculadas al campo de la salud mental, incumbencias profesionales e internaciones psiquiátricas.

Si bien la nueva Ley N° 26.657 reubica en el centro de la escena la discusión sobre los cuidados de la salud mental, no obstante la viabilidad de su aplicación enfrenta una serie de desafíos. Entre ellos, se destacan la puja entre distintos actores en base a intereses corporativos diferenciales; la formación de los actuales y futuros profesionales de la salud mental; las características infraestructurales y organizativas de los servicios de salud mental, en particular los referentes a los hospitales generales.

Pese a los impulsos internacionales, locales y la existencia de legislación para la reformulación del sistema de atención en salud mental, las escasas reformas implementadas no han logrado los resultados esperados; o al menos lo que las leyes y documentos han propuesto en los últimos veinte años. Aún persisten y predominan prácticas de intervención que no se condicen con la reorganización de la atención en base

al paradigma comunitario, con la superación del hospital monovalente y el respeto por los derechos de las personas con sufrimiento y patologías mentales.

En este artículo nos proponemos entonces describir y analizar el contexto legislativo actual en salud mental en la Argentina, con la finalidad de identificar y ponderar los principales obstáculos que se presentan para la implementación de las reformas propuestas.

Método

El presente trabajo es producto de los resultados parciales de una investigación referente al análisis de la legislación argentina en salud mental, desarrollada en el Instituto de Investigación de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. El material empírico utilizado proviene asimismo de una serie de investigaciones individuales de la autora³ sobre legislación y políticas en salud mental en las provincias de Santa Fe y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El objetivo general de la citada investigación consiste en analizar la legislación nacional y provincial (incluyendo la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) referente a salud mental, identificando las convergencias y divergencias en la orientación de las reformas que proponen. En cuanto a los objetivos específicos, se buscó: 1. Describir el contenido de la legislación existente en salud mental en Argentina (provincias de San Juan, Salta, Río Negro, Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; y ley nacional N° 26.657/10); 2. Identificar las convergencias y divergencias en torno a: las estrategias de abordaje propuestas, la definición sobre los problemas o sufrimientos en la salud mental y los actores (de la Sociedad Civil, Estado u otros) que se involucran en las legislaciones; 3. Comparar las características que asume la reforma de la atención de la salud mental propuesta en cada una de las leyes.

³ “Políticas en salud mental y la formación de recursos humanos. El rol de las agrupaciones de trabajadores de la salud mental en el diseño legislativo e implementación de reformas en provincia de Santa Fe y Ciudad Autónoma de Buenos Aires” (Fuente de financiamiento: Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, a nivel de Servicios de Salud, Categoría Perfeccionamiento, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga, 2010). “Análisis comparativo de la legislación argentina en salud mental” (Universidad del Salvador, Vicerrectorado de Investigación y Desarrollo, Facultad de Psicología y Psicopedagogía, 2009- 2012).

La presente investigación se inscribe dentro de un diseño cualitativo, con la interpretación como base en la producción de conocimientos (Sautu, 2003). El diseño es de tipo descriptivo-analítico, de corte transversal, con una muestra no probabilística de carácter intencional (Rodríguez Gómez, Gil Flores, García Jiménez, 1996).

Se utilizó como fuente primaria de información la entrevista en profundidad a informantes claves: trabajadores de la salud mental, funcionarios, asesores legislativos y miembros de asociaciones y colegios profesionales, tanto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como de las ciudades de Rosario y Santa Fe. Asimismo, se utilizaron fuentes secundarias (Samaja, 1993) constituidas por documentos, notas periodísticas, declaraciones, legislaciones y otros materiales relevantes para las respectivas investigaciones.

Dentro de cada legislación se tomaron como unidades de análisis: la categoría sobre enfermedad o sufrimiento, las estrategias de abordaje privilegiadas, el tipo de reforma que se propulsa y los actores involucrados (sectores del Estado, de la Sociedad Civil, etcétera). El proceso de análisis de datos se conformó en tres fases principales: 1. Proceso de reducción de datos (selección de la información a utilizar, categorización, identificación de criterios temáticos, etc.), 2. Presentación e interpretación de datos y 3. Elaboración de conclusiones (Rodríguez Gómez, Gil Flores, García Jiménez, 1996).

Los principales instrumentos jurídicos internacionales

La producción legislativa argentina en el campo de la salud mental se sostiene e inspira en una serie de instrumentos jurídicos no vinculantes pero que constituyen un marco de referencia; entre ellos se destacan la Declaración de Caracas (1990), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (ONU, 1991), la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas (conocida como Principios de Brasilia, 2005), y el Consenso de Panamá (2010).

Tanto la Declaración de Caracas como los Principios de Brasilia, han destacado el estado preocupante de la atención de la salud mental en los países de las Américas y la necesidad de superar el modelo asistencial sostenido en el hospital psiquiátrico. Afirman que debería procurarse su reemplazo por alternativas ambulatorias y comunitarias de atención, que resguarden los derechos humanos y busquen la inclusión social de los pacientes con sufrimiento mental. El énfasis en el respeto de los derechos humanos –contenido en la Declaración de Caracas- se retoma con fuerza en los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (ONU, 1991). En este último documento se establecen 24 principios que buscan garantizar un trato humano y respetuoso de las personas en tratamiento por enfermedad mental; entre otras cuestiones se destaca la importancia del tratamiento del paciente en su comunidad o cerca de ella cuando la internación resulte inevitable. Por su parte, el Consenso de Panamá además de ratificar la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental y el modelo comunitario de atención, también destaca la preocupación por las problemáticas actuales –en particular el consumo de sustancias psicoactivas- y la brecha de atención en el campo de la salud mental.

En suma, las normas jurídicas internacionales desde hace algunas décadas enfatizan el cambio de paradigma en la organización de los servicios de salud mental, así como el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. Respecto a este último punto, es el Estado el que debe garantizar el cumplimiento de los derechos y reparar las violaciones que contra ellos se ejecuten. Asimismo, es importante destacar que los contenidos relacionados con derechos humanos que impulsan los instrumentos internacionales se complementan –con igualdad jerárquica- con los artículos específicos al respecto de la Constitución nacional (Kraut, 2006).

Dentro de las cuestiones relacionadas con los derechos y el respeto por las libertades, se ubica como punto crítico la internación de las personas, en particular por problemáticas de salud mental o discapacidad. Tanto a nivel internacional como local, a partir de la normativa constitucional, se busca evitar la privación de la libertad de las personas con sufrimiento mental, controlando y restringiendo las internaciones que no resultasen

estrictamente necesarias. En este sentido, las legislaciones provinciales de salud mental – que veremos en el apartado siguiente- acuerdan de forma unánime limitar la internación sólo a los casos estrictamente necesarios en los cuales no sean posibles intervenciones terapéuticas ambulatorias. Al igual que las legislaciones provinciales, en la ley nacional se considera a la internación como recurso terapéutico de carácter restrictivo y sin perjuicio sobre los vínculos familiares, comunitarios y sociales (artículo 14º). Asimismo, el artículo 27º prohíbe la creación de nuevos manicomios (Sic), neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes (tanto públicos como privados), debiendo los existentes encaminar un proceso de reforma hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos. Se busca así en el corto plazo, controlar y utilizar de forma racional la internación, constituyendo el último recurso terapéutico a implementar; a largo plazo, reemplazar la supremacía de la institución monovalente de internación por otros dispositivos alternativos y, preferentemente, de tipo ambulatorio.

Argentina, pese a la existencia de estos instrumentos jurídicos locales y la adhesión a normativas internacionales, presenta históricamente una situación crítica al respecto debido a que aún existen 54 instituciones públicas con internación de carácter crónico: 42 hospitales psiquiátricos provinciales, 11 colonias provinciales y 1 colonia nacional; en los cuales se calcula una población internada de aproximadamente 21.000 personas (Alonso Sainz, Otero, Orlandelli, Salinas, 2011). Asimismo, el Informe anual del CELS (2007) y el Informe sobre salud mental y derechos humanos en Argentina (MDRI y CELS, 2007) denuncian las condiciones críticas de internación de pacientes psiquiátricos y la violación de sus derechos humanos; se describen situaciones de abuso, negligencia y pésimas condiciones de internación⁴. Pero además se destaca que la hospitalización a largo plazo en las grandes instituciones neuropsiquiátricas insume la gran parte de los recursos públicos, que deberían suponerse destinados a los servicios comunitarios.

En síntesis, si bien los instrumentos jurídicos internacionales han ayudado a incorporar y sostener en la agenda pública las problemáticas del campo de la salud mental, e incluso

⁴ Resultados provenientes de una investigación sobre las condiciones de internación de los pacientes psiquiátricos realizada entre junio del 2004 y julio del 2007, en instituciones para personas con

generar legislación local al respecto, aún no se ha logrado superar –en el campo de lo fáctico- muchos de los problemas que históricamente se vienen suscitando en materia de respeto de derechos humanos y de reorganización del sistema de atención.

Características generales de las legislaciones en salud mental en Argentina

Argentina dispone de experiencias *progresistas* de transformación del sistema de atención y superación del orden manicomial⁵; no obstante, los aspectos legislativos que avalaran tales iniciativas se han visto demorados u omitidos. Las primeras legislaciones específicas en salud mental que asumen una orientación alternativa al hospital psiquiátrico se remontan a inicios de la década del '90 y rigen para jurisdicciones provinciales específicas. A nivel nacional, previas a éstas han existido legislaciones de internación psiquiátrica (por ejemplo, ley N° 22.914/83 “Sobre internación y egresos de establecimientos de salud mental”), así como planes y programas de salud (por ejemplo: Recomendaciones de los lineamientos generales para el Plan Nacional de Salud Mental, 1984; Marco político-ideológico del Plan de salud mental de la provincia de Buenos Aires, de mediados de la década del '80; Plan de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires, 1969 y 1982).

Recién a fines del año 2010 se sanciona una ley nacional de salud mental (Derecho a la Protección de la salud Mental, N° 26.657), que permitiría superar algunas contradicciones en materia legislativa referentes al ejercicio de las profesiones vinculadas al campo de la salud mental, incumbencias profesionales y legislación sobre internaciones psiquiátricas.

En la actualidad, existen 9 jurisdicciones (8 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) con legislación en salud mental: Salta (ley 6.302/84)⁶; Río Negro (ley 2.440/91,

discapacidades intelectuales y psiquiátricas en las provincias de Buenos Aires, Santiago del Estero, Río Negro, San Luis y Ciudad de Buenos Aires (MDRI y CELS, 2007).

⁵ Un icono de las reformas en la atención de las problemáticas de la salud mental se remonta a la década del '50 con la creación del Servicio de Psicopatología y Neurología de Lanús, por Mauricio Goldenberg. Esta experiencia, conjuntamente con otras contemporáneas (la creación de la Comunidad Terapéutica en Colonia Federal, Provincia de Entre Ríos y el Centro Piloto en el hospital Esteves en Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires), forma parte de un movimiento de crítica al sistema asilar y la pretensión de su reemplazo por servicios psiquiátricos en hospitales generales o la creación de dispositivos alternativos.

⁶ La ley se compone de 15 artículos, los cuales consisten –en rigor- en la creación y descripción de un nuevo Plan de Salud Mental para la provincia.

modificada por ley 3.575/02); Santa Fe (10772/91); Entre Ríos (ley 8.806/94); San Juan (ley 6.976/02); San Luis (536/06); Chubut (ley 5845/09); Córdoba (ley 9.848/2010) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ley 448/00). Otras tres provincias disponen de anteproyectos de ley en salud mental: Buenos Aires, Mendoza y Catamarca. Por el contrario, el resto de las provincias carecen de leyes y anteproyectos.

El año de sanción de las legislaciones mencionadas nos permite separarlas en dos grandes periodos históricos. Por una parte, las primeras leyes sancionadas en la década del '90 - como es el caso de Santa Fe, Río Negro y Entre Ríos- en un contexto de aplicación de políticas neoliberales; pero también en un momento de surgimiento de instrumentos internacionales (Declaración de Caracas, 1990; los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, 1991) que propulsaban una reforma del sistema de atención en salud mental y la defensa de los derechos humanos de los pacientes. No obstante la cercanía temporal entre estas tres legislaciones, los procesos de reforma en dichas provincias han tenido un recorrido diferente. Si bien Entre Ríos contaba a su favor con una experiencia novedosa de intento de creación de una Comunidad Terapéutica a fines de la década del '60, no sólo no parecería haber progresado la reforma sino que la experiencia se tornaría nuevamente más cercana a la institución monovalente de internación, que a las comunidades creadas por Maxwell Jones. Por su parte Santa Fe, es la que evidencia con mayor claridad los riesgos de reforma en un contexto de aplicación de políticas de "ajuste y retiro del Estado". Los propios protagonistas del movimiento de reforma de la institución neuropsiquiátrica reconocen que la situación fue utilizada para el cierre definitivo de servicios, eliminación de camas -que no fueron reemplazadas por otras alternativas terapéuticas- y reducción de fuentes de trabajo. Río Negro ha constituido hasta el presente la reforma más reconocida de nuestro país por proceder al cierre de su única institución monovalente en salud mental en la ciudad de Allen en el año 1988; tres años antes de la sanción de la Ley 2440 de "Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental". Desde la perspectiva de Hugo Cohen, uno de los principales mentores de la reforma, el ciclo se inicia con las acciones de humanización del hospital neuropsiquiátrico de Allen, una vez recuperado el periodo democrático.

Por otra parte, tenemos la mayoría de las leyes de salud mental sancionadas durante y a posteriori de la crisis nacional del 2001. En ciertos casos, como por ejemplo la Ciudad de Buenos Aires, algunas de las dificultades de avance con la aplicación de la ley han sido atribuidas a la inexistencia de dotación de recursos económicos y humanos para iniciar la reforma; además de la resistencia de sectores corporativos y profesionales que veían amenazada su jerarquía, incumbencias y lugares de gestión por algunos de los contenidos legislativos (en este caso, Ley N° 448/00).

Ahora bien, el análisis de la legislación provincial en salud mental evidencia tres cuestiones centrales. Primero, la divergencia en la orientación que cada ley asume en relación con el destino de la institución manicomial (monovalente). En este sentido, algunas legislaciones plantean su superación, otras su conservación y un tercer grupo la coexistencia del hospital monovalente con la organización de un paradigma de atención comunitaria (Rosendo, 2011; De Lellis y Sosa, 2011; Sosa, 2006). No obstante, independientemente de la orientación “desmanicomializadora” que se adopte, en general se formulan similares objetivos, derechos de los usuarios y estrategias (creación de dispositivos alternativos, refuerzo de estrategias ambulatorias, internación en hospitales generales, entre otras). En segundo lugar, casi todas las legislaciones expresan la prohibición de creación de nuevas instituciones de internación monovalentes (ya sean de carácter público o privado). Tercero, el eje prioritario en todas las legislaciones pareciera estar definido por la regulación de una internación psiquiátrica *razonable*, en tanto: 1. medida excepcional y transitoria; 2. restricción de la libertad de la persona sólo cuando resulte indispensable; 3. evitación del distanciamiento del núcleo familiar y comunitario. En relación con el control y limitación de las internaciones, hemos comentado en párrafos anteriores la existencia de instrumentos jurídicos locales e internacionales que lo promueven y se expiden al respecto.

Por otra parte, las legislaciones provinciales plantean una situación heterogénea en cuanto a la injerencia y relación del Poder Judicial sobre el campo de la salud mental; sumando mayor disparidad la sanción de la ley nacional 26.657. En este sentido, la sanción de esta

última ley, establece una limitación y recorte de poder a la figura del Juez, en la medida que otorga mayores facultades y responsabilidades a los profesionales de la salud mental (médico-psiquiatra y psicólogo, fundamentalmente) en cuanto a la determinación de los tratamientos, la internación, las salidas transitorias y los egresos. Desde esta perspectiva, la ley nacional considera que es el sector profesional el que dispone del saber habilitante y no prioritariamente la Justicia. De alguna manera en esta línea se ubican las leyes de la Provincia de Santa Fe, la de Córdoba y Chubut, en la medida en que disponen de la creación de Juntas Especiales o Consejos Consultivos (conformados de forma interdisciplinaria) que buscan asesorar a la Justicia sobre las decisiones de internación y tratamiento. Otras leyes, por el contrario, o bien judicializan todas las internaciones (aún las voluntarias), como es el caso de Entre Ríos, o consideran a la Justicia como el garante para limitar las internaciones, garantizar los derechos y seguridad de pacientes y terceros (Provincia de San Juan, art. 30°).

Ley Nacional de Salud Mental: Un nuevo paso regulatorio

La sanción de la Ley N° 26.657 en el año 2010 constituyó un importante avance en materia regulatoria en el campo de la salud mental argentino, dado que permitió establecer un marco referencial y regulatorio común a todas las jurisdicciones del país. La nueva ley nacional incorpora el cumplimiento de algunos Derechos Humanos que se encuentran en la Constitución Nacional y en tratados internacionales en la materia a los cuales nuestro país suscribe; por ende, resultan obligatorios para las provincias. Es decir, si bien las decisiones en salud no son delegadas desde las provincias a la Nación, manteniendo las primeras su autonomía al respecto, la aplicación de la ley proviene de la observancia obligatoria de los contenidos vinculados a DD.HH. Entre éstos, se destaca especialmente evitar la privación de la libertad de las personas con padecimientos mentales, reservándose la internación –de manera excluyente- sólo a los casos estrictamente necesarios.

En definitiva, la nueva ley nacional de salud mental se presenta discursivamente como un cambio de paradigma que incluye, por una parte, la prohibición de la creación de nuevas instituciones monovalentes en salud mental y por otra, la eliminación de los usos

irracionales de la medicación. Estos dos aspectos forman parte del posicionamiento de la ley en la defensa de los DD.HH de las personas con padecimiento mental.

El enfoque de la ley plantea al menos tres cuestiones de relevancia a considerar al momento de procurar su implementación. En primer lugar, la revisión sobre la adecuación (o no) del sistema de salud y sus efectores para el cumplimiento de algunos de sus artículos. En segundo término, la disputa y confrontación entre disciplinas, en base a intereses profesionales y corporativos, dado que la ley homologa los derechos, jerarquía y ciertas responsabilidades entre las distintas disciplinas competentes en el campo de la salud mental⁷; no todas las provincias suscriben a esta igualdad disciplinaria⁸ o bien se han expresado de forma rotunda en su rechazo (ejemplo, asociaciones médicas en la Ciudad de Buenos Aires, a propósito de la ley N° 448). En tercer lugar, la incorporación del concepto de “padecimiento mental” en reemplazo de la “enfermedad o trastorno mental”; las legislaciones provinciales vigentes evidencian una heterogeneidad y contradicción teórica al respecto: en varias de ellas aparece y utilizan de forma indistinta los conceptos de “enfermedad mental”, “trastorno de la psiquis”, padecimiento; “paciente psiquiátrico”, sufrimiento psíquico, entre otros⁹. No podemos soslayar las dificultades que podría entrañar para la reforma en salud mental, la coexistencia de formas psiquiátricas tradicionales de comprensión de los problemas de salud mental con perspectivas más *progresistas* y actuales.

En síntesis, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental aporta dos contribuciones innegables. Por una parte, actualiza e impulsa el debate sobre la atención de la salud mental en Argentina, ubicando el tema en la agenda pública. Asimismo, la ley también obligaría al Estado a proteger los derechos de los pacientes y proveer todos los recursos (de salud, materiales, económicos, etc.) necesarios. Por otra, establece un marco de regulación

⁷ La nueva ley nacional, al igual que varias de las legislaciones provinciales existentes, plantea la igualdad disciplinaria y procura focalizarse en la construcción de equipos y diagnósticos interdisciplinarios; cualquier profesional con título de grado estaría en igualdad de condiciones para ocupar cargos de conducción y de gestión.

⁸ Por ejemplo, la ley de San Juan establece en su artículo 40° que sólo un médico psiquiatra puede desempeñarse como Director de hospital psiquiátrico; ya sea éste público o privado.

⁹ La provincia de San Juan es la que parecería utilizar mayor cantidad de conceptos al respecto, algunos de los cuales resultan opuestos y contradictorios a los principios que plantean la legislación nacional y algunos tratados internacionales.

legislativa a nivel nacional; particularidad relevante por la discrepancia de la situación normativa en las diversas provincias del país. De todos modos, no podemos perder de vista que –tal como ha acontecido con legislaciones previas, por ejemplo ley de salud mental de la provincia de Santa Fe y Ciudad de Buenos Aires- los avatares histórico-sociales y políticos pueden constituir amenazas en la viabilidad de la ley nacional. En este sentido, consideramos que la Ley de Salud Mental no puede ser abarcada de forma excluyente como problemática específica del campo de la salud: la elaboración y el surgimiento de la ley evidencian un proceso inescindible del campo de la política y de un entrecruzamiento de intereses sectoriales diversos y contrapuestos; la ley no sólo instaaura una discusión y una reforma técnicas, sino también política e ideológica (Rosendo, 2010, 2011).

Referencias

- Alonso Sainz, G.; Otero, D.; Orlandelli, M.; Salinas, G. (2011). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: Comentarios interdisciplinarios*. Buenos Aires: Ediciones Centro Norte,.
- CELS (2007). “XII. Los derechos humanos y la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Una transformación necesaria”. En: *Derechos humanos en Argentina. Informe anual*, Siglo XXI editores-Centro de Estudios Legales y Sociales, Buenos Aires.
- Cohen, H. (1994). “El proceso de desmanicomialización en Río Negro”. En: Saidón, O. & Troianovski, P. (comps.), *Políticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cohen, H. & Natella, G., coords. (1995). *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Lellis, M. & Sosa, M. (2011). “Modelos de atención: un análisis comparado de la legislación provincial y la ley nacional de salud mental”, *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población "Derecho a la salud y protección social"*, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, del 10 al 12 de agosto de 2011, Buenos Aires
- Kraut, A. (2006). “Derechos humanos y salud mental en Argentina”. En Galende, E. & Kraut, A. *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- MDRI y CELS (2007). *Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre salud mental y derechos humanos en Argentina*. Washington D.C: Mental Disability Rights International (MDRI)- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS).
- Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J.; García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rosendo, E. (2011) “Desafíos en la implementación de la Ley Derecho a la Protección de la salud Mental (Ley N° 26.657)”, *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población "Derecho a la salud y protección social"*, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, del 10 al 12 de agosto de 2011, Buenos Aires.
- Rosendo, E. (2010). “Nuevas políticas e ideas progresistas en salud mental. Una mirada crítica”. En: Barila, V. Lapalma, A. Molina, M. (comps.). *Psicología y Sociedad*. Buenos Aires: APBA.
- Samaja, J. (1993). *Epistemología y metodología*, Buenos Aires: Eudeba.
- Sautú, R. (2003). *Todo es Teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Lumiere.
- Sosa, M. (2006). “Informe Preliminar sobre la legislación vigente en Salud Mental en las provincias argentinas en relación a la reforma del modelo de atención”, *I Congreso Nacional y II Congreso Regional de Psicología*, Rosario.
- Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Sopransi, M.; Nabergoi, M.; Lenta, M.; Tisera, A.; Freire, M. (2011). “Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental”, *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población "Derecho a la salud y protección social"*, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, del 10 al 12 de agosto de 2011, Buenos Aires.